

รายงานกรณีศึกษา (Case Study)

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี

นางสาว ชบา คล้ายยา

โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรีได้มีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อให้การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการศึกษา : เป็นการศึกษากรณีแบบเฉพาะเจาะจง ศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี จังหวัดนันทบุรี จำนวน 1 ราย ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี 1 เดือน มารับการรักษาด้วย 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแปล็บๆ บริเวณหน้าอกด้านซ้าย ไม่มีร้าวไปที่อื่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG sinus rhythm rate 77 ST elevation V1-V3 with Reciprocal change แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด (Percutaneous Coronary Intervention :PCI) ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ให้การรักษา Primary PCI ได้ตามแนวทาง Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือดของจังหวัดนันทบุรี ระหว่างการนำส่งพยาบาลส่งต่อให้การพยาบาลและเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ ตามแนวทางการพยาบาลนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยไม่มีอาการแย่งระหว่างนำส่ง แพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ารับ Refer ส่งทำ primary PCI admit CCU ระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการทุเลาลง แพทย์พิจารณาให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจรับยาต่อเนื่อง 1 เดือน

สรุป : บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภาวะวิกฤต มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาสูงกว่า สามารถลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ (Keywords) การพยาบาล โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉินซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์อย่างเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่หลอดเลือดหัวใจอุดตัน ผู้ป่วยควรได้รับการขยายหลอดเลือดภายใน 120 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการจึงจะสามารถจำกัดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดอัตราการตายได้ สถิติสาธารณสุขของประเทศไทยในปี 2563-2565 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมองและปอดอักเสบ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากสถิติของ Thai ACS Registry ปี 2563-2565 พบอัตราป่วยของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 29.09, 45.0 และ 35.21 ตามลำดับ และอัตราการตายในโรงพยาบาล ร้อยละ 10.50, 10.06 และ 9.05 ตามลำดับ สถิติอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของจังหวัดนนทบุรี ปี 2563-2565 ร้อยละ 2.35, 4.40 และ 10.57 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวมทั้งสูงกว่าระดับเขตสุขภาพที่ 4 และระดับประเทศ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 9

โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง มีประชากรในพื้นที่ 11,620 คน มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแนวทาง service plan ของจังหวัดนนทบุรี ไม่สามารถให้การรักษาด้วยการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภาวะวิกฤต มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการประเมินผู้ป่วย การดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็วการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งส่งต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาสูงกว่า สามารถลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูล สถิติและเลือกเคสที่ย่างยากซับซ้อนในการให้การพยาบาลและการดูแลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี
2. คัดเลือกกรณีศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้ให้การพยาบาล จำนวน 1 ราย
3. รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับ อาการปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติครอบครัว พร้อมทั้งประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ
4. ศึกษาข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษและแผนการรักษาของแพทย์

5. ศึกษาค้นคว้าจากตำราวิชาการ วารสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ วางแผนการดูแลต่อเนื่อง ปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งประเมินผลการพยาบาล

พยาธิสรีรวิทยาของโรคและการพยาบาลที่สำคัญ

ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome-ACS) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและ เฉียบพลัน อาการที่สำคัญคือเจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ รุนแรงกว่าเดิม ร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันจากการแตกของตะกัน แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ 3 กลุ่ม คือ

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบการยกตัวผิดปกติของช่วง ST(ST segment) ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ และพบค่าเอนไซม์การทำงานของหัวใจผิดปกติ มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงหัวใจเส้นสำคัญ ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ตลอดจนความหนาของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันได้

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่พบการยกตัวของช่วง ST(ST segment) ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ร่วมกับพบค่าเอนไซม์การทำงานของหัวใจผิดปกติ บ่งบอกถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงหัวใจบางส่วน ในกรณีนี้กล้ามเนื้อหัวใจจะขาดเลือดเพียงส่วนหนึ่งของผนังกล้ามเนื้อ

3. ภาวะอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ เป็นกลุ่มอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่อาจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติหรือผิดปกติได้ แต่ค่าเอนไซม์การทำงานของหัวใจปกติ อาการปวดที่เป็นในแต่ละครั้งจะเพิ่มความปวดที่รุนแรงและนานมากขึ้น

สาเหตุ

การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบหรือแผลเรื้อรัง (Chronic Inflammation) ที่เยื่อชั้นในของผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ และมีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งเกิดขึ้นเร็ว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน อายุ เพศ ประวัติในครอบครัว (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2557)

อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิด Angina Pectoris เป็นอาการเจ็บอกที่จำเพาะต่อโรคโดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆหนัๆ เหมือนมีของหนักมาทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่น อึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าว (Refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน ร้าวขึ้นกรามหรือลำคอได้ อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นาน มากกว่า 15-20 นาที ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด

นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีอาการ ใจสั่น ใจเต้นผิดปกติ จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะตรวจพบ ภาวะช็อกร่วมด้วย

การวินิจฉัย

การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย ได้แก่ มีประวัติการเจ็บหน้าอก เหมือนมีอะไรมาทับหรือมาบีบหัวใจ ตำแหน่งที่เจ็บอาจเจ็บบริเวณกลางอก ล้นปี อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปที่หัวไหล่ซ้ายหรือขวา ข้อศอก แขน หรือร้าวไปที่คอ คาง ขากรรไกร เจ็บครั้งหนึ่งนานกว่า 30 นาที

2. ระดับเอนไซม์ที่สูงขึ้น คือ Creatine Kinase - Myocardial Band (CK - MB) สูงบ่งชี้ว่ากำลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้น (ค่าปกติของ CK - MB คือ 0 - 16 ng./mg.) ปกติภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ ระดับ ค่า CK - MB จะสูงขึ้นทันทีในระยะ 4 - 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ และจะมีค่าสูงสุดใน 14 - 24 ชั่วโมงแรก ต่อจากนั้นจะกลับสู่ค่าปกติใน 3 - 4 วันที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. การตรวจเลือดหาค่าโปรตีนพิเศษ จำนวน 2 ค่า คือ ค่า Cardiac Troponin T (cTnT) ค่าปกติ <0.2 ng/mL ส่วนอีกตัว คือการหาค่า Cardiac Troponin I (cTnI) ค่าปกติ <0.03 ng/mL

4. มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 80 ซึ่งแล้วแต่ความรุนแรงของตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด คือ จะพบ ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) ในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (injuryจะเห็น T wave หัวกลับ (inverted T wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) จะพบ Q หรือ QS wave (pathologic Q wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

การรักษา

วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด

1. ลดการทำงานของหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยนอนพักในระยะแรกอย่างน้อย 24 - 48 ชั่วโมง ซึ่งแล้วแต่ระดับความรุนแรงของโรค และให้ยากลุ่มไนเตรท ยาปิดกั้นเบต้า

2. การใช้เครื่องมือพิเศษในการช่วยลดการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump) และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ในรายที่มีภาวะหัวใจวายหรือมีภาวะช็อกเนื่องจากหัวใจ

3. การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายรูหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันให้เปิดกว้างออก โดยทำให้ลิ่มเลือดที่สลายเป็นชิ้นเล็กๆ สามารถละลายได้เองด้วยกลไกการละลายลิ่มเลือด

4. ดูแลให้มีการไหลเวียนของเลือดที่เพียงพอโดยใช้ยาต่าง ๆ แก้ไขภาวะสมดุลของกรด-ด่างรวมทั้งการทำ Intra-aortic balloon pump

5. ป้องกันและแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึงแก่กรรมได้มากที่สุด ซึ่งจะพบในระยะ 12 - 24 ชั่วโมง

6. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft = CABG) จะทำในผู้ป่วย ที่มีข้อห้ามในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการตีบของเส้นเลือดแดง

ไปเลี้ยงหัวใจมากกว่า 3 เส้น มีการตีบของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ 2 เส้น และหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้ไม่เต็มที่ หรือผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 6 ชั่วโมงแรก รวมทั้งการทำผ่าตัดฉุกเฉินในกรณีที่เกิดการอุดตันหรือมีการปริแตกของหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการสวนหัวใจหรือภาวะช็อกจากหัวใจอย่างรุนแรง

7. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด

8. สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างทันที่ทั้งที่ บันทึกและรายงานแพทย์

9. เตรียมยา และอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ ได้ทันที

10. ดูแลให้พักผ่อน อย่างเพียงพอให้สิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะแก่การพักผ่อน

11. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยให้รับประทานผักผลไม้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยาาระบายตามแผนการรักษา

12. ดูแลให้ได้สารน้ำ และสารอาหารตามความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และสภาวะของโรค พร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายตามแผนการรักษา (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

13. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอนไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด ตรวจเคมีคลินิก เป็นต้น

แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) ของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon) เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย (รัชนี ผิวผ่อง, 2565)

การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นแนวคิดปรัชญา เพื่อส่งเสริมสุขภาพะองค์รวม (Holistic Health) หมายถึงภาวะสมดุลของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ใช่ผิดปกติแต่ร่างกายเท่านั้น ทุกระบบมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการรักษาจึงส่งเสริมความเป็นองค์รวม ไม่ใช่การรักษาเฉพาะส่วน (อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, 2561)

กระบวนการพยาบาล (อมรรัตน์ นธะสนธิ์, 2559)

เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นขั้นตอนโดยการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจอย่างมีจิตวิญญาณ เพื่อแก้ปัญหาแก่ผู้ใช้บริการ บอกถึงความแตกต่างของพยาบาลวิชาชีพ กับผู้ที่มีใช้พยาบาล ประกอบด้วย

1.การประเมินปัญหาทางการพยาบาล (Assessment)

- 2.การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Diagnosis)
- 3.การวางแผน (Planning)
4. การนำแนวทางไปปฏิบัติ (Implementation or Intervention)
- 5.การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี 1 เดือน เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ปริญญาตรี
สิทธิการรักษา บัตรทองโรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี โรคประจำตัว ต่อมลูกหมากโต
(ไม่เคยรักษาแผนปัจจุบัน รักษาที่ รพ.เทียนฟ้า ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร ฯ และขาดการรักษามา 2 เดือน)
ปฏิเสธการแพทย์ ปฏิเสธการผ่าตัด ตี๋มสุรา เป็นบางครั้ง ประวัติสูบบุหรี่ 20 มวน/วันปัจจุบันยังสูบบุหรี่

แหล่งที่มาของข้อมูล : การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบ HOSxP
รับไว้รักษาในโรงพยาบาล : วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 เวลา 07.33 น.

รับไว้ในความดูแลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน : วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 เวลา 07.52 น.

ระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 1 ชั่วโมง 15 นาที

อาการสำคัญ เจ็บแปล็บๆ บริเวณหน้าอกด้านซ้าย มา 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแปล็บๆ บริเวณ
หน้าอกด้านซ้าย ไม่มีร้าวไปที่อื่น ไม่เหมือนมีอะไรมากดทับ ยังไม่ได้รับการรักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : BPH (ไม่เคยรักษาแผนปัจจุบัน ไปรักษาที่ รพ.เทียนฟ้า และขาดการ
รักษามา 2 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว : ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว

การรับประทานอาหาร : ชอบรับประทานอาหารรสจัด

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา : ดื่มสุราเป็นบางครั้งเวลาเข้าสังคม สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน เป็นเวลา 35 ปี
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา

การประเมินร่างกายตามระบบ

1. **การประเมินทางระบบประสาท** : Glasgow Coma scale E4V5M6 pupil 3 min React to
light both eye ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มือ แขน ทำงานประสานกันดี ไม่มีอาการคอแข็งหรือปาก
เบี้ยว
2. **ลักษณะทั่วไป** : ชายไทยวัยสูงอายุ รูปร่างผอมสูง น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร
เดินมาเอง
3. **ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก** : ผิวสีน้ำตาล ผิวหนังไม่มีแผล ไม่มีผื่น ผิวชื้นเล็กน้อย ไม่มีโรค
ผิวหนัง
4. **ศีรษะ ใบหน้าและลำตัว** : ศีรษะได้รูป ผมสั้นสีขาว ตัดสั้นได้รูปทรง ไม่มีแผลหรือก้อนใดๆ ไม่มี

สะกิดหรือตุ่มหนองใบบนหน้า หน้าไม่บวม ไม่มี Neck vein engorged ต่อม้ำเหลืองไม่โต
คลำไม่พบก้อน

5. **ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ** : การขยายตัวของ ทรวงอกขณะหายใจเข้าออกทั้ง 2 ข้างไม่มีเสียง crepitation ในปอดทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
6. **ระบบหัวใจและหลอดเลือด** : ไม่มีปลายมือปลายเท้าซีด capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ไม่พบอาการบวมตามร่างกายลักษณะของ ทรวงอกปกติเสียงไม่มี Murmur อัตราการเต้นของหัวใจ เร็วสม่ำเสมอ 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/78 มิลลิเมตรปรอท
7. **ระบบต่อม้ำเหลือง** : ต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ คอและขาหนีบไม่โต
8. **ระบบทางเดินอาหาร** : หน้าท้องไม่มีผื่น เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 - 4 ครั้ง/นาที ท้องไม่อืด Abdomen soft, not tender
9. **ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์** : ปัสสาวะสีเหลือง วันละ 2 - 3 ครั้ง ตรวจอวัยวะไม่พบ สิ่งผิดปกติ
10. **ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก** : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ไม่เบี้ยว ไม่มีอาการข้อมือและข้อเท้าติดแข็ง ไม่มีอาการอักเสบหรือบวมแดง กล้ามเนื้อบริเวณแขนและขาไม่ลีบเล็ก

ผลการตรวจพิเศษ

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 23 พฤษภาคม 2567 เวลา 07.52 น.

แปลผลและวิเคราะห์ EKG sinus rhythm rate 77 ST elevation V1-V3 with Reciprocal change

การตรวจวินิจฉัยของแพทย์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Acute Coronary Syndrome-ACS

ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
FBS	127	70-110	ผิดปกติ
BUN	6.8 mg/dl	8.4 - 25.7 mg/dL	ผิดปกติ
PT	12.4 sec	9.8 - 12.1 sec.	ผิดปกติ
PDW	8.8 fL	12.0 - 18.0 fL	ผิดปกติ
ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC COUNT	13.19	4.23 - 9.07 K/uL	ผิดปกติ
NEUTROPHIL	76.3	34.0 - 67.9 %	ผิดปกติ
LYMPHOCYTE	15.4	21.8 - 53.1 %	ผิดปกติ
EOSINO PHIL	0.2	0.8 - 7.0 %	ผิดปกติ
MCV	95.2	79.0 - 92.2 fL	ผิดปกติ
MCH	32.8	25.7 - 32.2 pg	ผิดปกติ
PLATELET COUNT	355	163 - 337 K/uL	ผิดปกติ

การวินิจฉัยโรค

Acute Myocardial Infarction

แผนการรักษาของแพทย์ที่ห้องอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน

เวลา 07.52 น. แกรับจาก OPD ผู้ป่วยโดยรถนั่ง ให้ประวัติ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแปล็บๆ บริเวณหน้าอกด้านซ้าย ไม่มีร้าวไปที่อื่น ไม่เหมือนมีอะไรมากดทับ ยังไม่ได้รับการรักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล Vital sign: BP= 125 /78mmHg PR 85 /min RR 20 /min T 36.3 c° DTX 127 mg% O2 Saturation 99 % Room air, Coma Score E4V5M6 เจ็บหน้าอก PS 8/10 คะแนน เวลา 08.04 น. รายงานแพทย์เวรรับทราบ ทำ EKG 12 Lead: sinus rhythm rate 77 ST elevation V1-V3 with reciprocal change รายงานแพทย์อายุรกรรมให้ยา ASA 300 mg 1 tab oral stat , ISORDIL 1 tab SL stat , Plavix 8 tab sub stat BP 117/77 mmHg, PR 86/min, RR 20/min, SpO2 97% On Oxygen cannular 3 LPM SpO2 98-99% RA On IV 0.9%NSS 1,000 ml rate KVO เจาะ Lab ประสาน Refer ที่ line group ACS เขตสุขภาพที่ 4 พร้อม ส่งข้อมูลผู้ป่วย ผ่านทาง Line Refer โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อาการเจ็บหน้าอกลดลง PS 6/10 คะแนน BP 110/70 mmHg., PR 88/min., RR 20/min., SpO2 98% ISORDIL 1 tab SL stat ประสานส่งต่อทาง line group ACS เขตสุขภาพที่ 4 แจ้งให้ประสานส่งต่อไปยัง Cath lab และ ICU Med โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า แจ้งให้ประสานส่งต่อไปยังเวร ER , Cath lab และ ICU Med เจ้าหน้าที่พยาบาลนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

แพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ารับ Refer ส่งทำ primary PCI admit CCU ระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการทุเลาลง แพทย์พิจารณาให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจรับยาต่อเนื่อง 1 เดือน

วินิจฉัยทางการแพทย์ที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบ 11 แบบแผนกอร์ดอน

1.การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล

มีโรคประจำตัวเป็น BPH ไม่เคยรักษาแผนปัจจุบัน ไปรักษาที่ รพ.เทียนฟ้า และ ขาดการรักษามา

2 เดือน ตื่นสุราเป็นบางครั้งเวลาเข้าสังคม สุกบุหรี่ 20 มวนต่อวัน เป็นเวลา 35 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ถ้าไม่เจ็บป่วยไม่พบแพทย์หากมีอาการเจ็บป่วยจะเข้าคลินิกใกล้บ้าน

2.โภชนาการและการเผาผลาญ รับประทานอาหารปกติ 3 มื้อต่อวัน ไม่ค่อยได้ควบคุมอาหาร ชอบรับประทานอาหารรสจัด

3.การขยับเขยื้อนขยับอวัยวะทุกวันๆละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก ปัสสาวะวันละ 1-2 ครั้ง

4.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง รับประทานอาหารเช้า และ ขยับได้เองมีทำงานบ้านเป็นบางครั้ง ไม่ค่อยชอบออกกำลังกาย มีเดินรอบๆบ้าน เป็นบางวัน

5.การพักผ่อนนอนหลับนอนพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง มีปัญหาการนอนไม่หลับบางครั้ง รับประทานยานอนหลับประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง

6.สติปัญญาการรับรู้และประสาทสัมผัสผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma scale E4V5M6 pupil 3 min React to light both eye

7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองมีโรคประจำตัว จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยในครั้งนี้รุนแรง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย พยาบาลต้องทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมการพยาบาลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ป่วยทั้งหมด

8.บทบาทและสัมพันธภาพ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว แยกกันอยู่ ปกติเป็นคนเงียบ ชอบอยู่บ้าน มีพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นบางครั้ง ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยดูแลตนเอง พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริม สัมพันธภาพในครอบครัวโดยประสานญาติและครอบครัวเพื่อรับทราบอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้เพื่อช่วยในการดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

9.เพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียว ภรรยาเสียชีวิตแล้ว ไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 10 ปี ปัสสาวะไม่เสกซ์ ปัสสาวะสีเหลือง วันละ 2 - 3 ครั้ง

10.การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

ในภาวะปกติที่อยู่บ้านผู้ป่วย ไม่ค่อยมีความเครียดมากนัก ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร การเจ็บป่วยครั้งนี้สร้างความเครียดให้กับครอบครัว พยาบาลช่วยเหลือให้การอธิบายแผนการรักษาและคอยให้กำลังใจกับผู้ป่วย

11.คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีการสวดมนต์ ไหว้พระเป็นประจำ ครึ่งครว และไปทำบุญตามวาระและโอกาส เชื่อในเรื่องเวรกรรม ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : "ผู้ป่วยบอกเจ็บหน้าอก มีอาการเจ็บหน้าอกข้างซ้าย และใจสั่น"

O : EKG 12 Lead: sinus rhythm rate 77 ST elevation V1-V3 with reciprocal change pain score 8/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- 1.ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง
- 2.เพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง Pain score < 7 คะแนน
2. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอก เพื่อประเมินความผิดปกติและรายงานแพทย์ให้ได้รับการรักษาทันตันท่วงทีโดยประเมินดังนี้ O : Onsetระยะเวลา ที่เกิดอาการเจ็บหน้าอก P : Precipitate cause สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการและทุเลาอาการเจ็บหน้าอก Q: Quality ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอก

R : Refer pain เจ็บตรงไหน เจ็บร้าวไปตำแหน่งใดบ้าง S: Severity ความรุนแรงของ อาการเจ็บหน้าอก หรือ Pain score T: Time ระยะเวลาที่เป็นเจ็บนานกี่นาที

2. ประเมินสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีขณะเกิดอาการ และทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

3. ติดตามเส้นกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย EKG Monitor เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

4. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ให้รายงานแพทย์ทันที

5. เฝ้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการของปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงได้แก่อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นระดับความรู้สึกตัวลดลงอัตราการไหลของปัสสาวะลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็นการกำซาบเลือดสวนปลายลดลง capillary refill ช้ากว่าปกติและชีพจรเบาเร็ว

6. เฝ้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสนหายใจเร็วขึ้น ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ชีพจรเร็วปลายมือปลายเท้าซีดเย็นริมฝีปากเขียวคล้ำดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NISS 1,000 cc iv drip KVO ตามแผนการรักษา

7. เฝ้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการของหัวใจเต้นผิดจังหวะ cardiogenic shock ได้แก่ หน้าซีดเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายสับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

8. เฝ้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่หายใจเร็วเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะหรือเสมหะเป็นฟอง บวมบริเวณแขนขา ฟังปอดพบ crepitation

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน canular 3 LPM ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ

10. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจช้าลงเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

11. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ASA 300 mg 1 tab oral stat ,ISORDIL 1 tab SL stat , Plavix 8 tab oral stat

12. เตรียมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อเหตุการณ์

การประเมินผลการพยาบาล

1. จุกแน่นหน้าอกลดลง pain score 6 คะแนน

2. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะ cardiogenic shock เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก "ใจสั่น เจ็บหน้าอกข้างซ้ายตลอด"

O : EKG: sinus rhythm rate 77 ST elevation V1-V3 with reciprocal change Pain score 8/10 คะแนน แพทย์วินิจฉัยโรค STEMI

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. ป้องกันการเกิดภาวะ Cardiogenic Shock
2. ลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 -100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที)
4. การเต้นของหัวใจปกติอัตรา 60-100 ครั้ง/นาที
5. ผิวหนังและปลายมือปลายเท้าอุ่นไม่ซีดเขียว

เกณฑ์การประเมินผล

1. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น
2. เจ็บหน้าอกลดลง Pain score < 7 คะแนน
3. ไม่มีภาวะ Cardiogenic shock ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก เหนื่อยหายใจเร็วหายใจลำบาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการกำซาบเลือดของปอดและหัวใจลดลง โดยการสังเกตประเมินอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรแคบอย่างต่อเนื่อง
2. ติดตามคลื่นและจังหวะการเต้นของหัวใจจาก Monitor อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที และเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อมเพื่อการช่วยเหลือทันที
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีพร้อมทั้งคลำและสังเกตลักษณะชีพจรส่วนปลายอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ปลายมือปลายเท้าเย็นซีดเขียว เพื่อให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
4. ประเมินปริมาณเลือดออกจากหัวใจในขณะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะโดยประเมินความแรงและจังหวะการเต้นของชีพจร อาการหน้ามืด วิงเวียนเป็นลม ผิวเย็นซีด ความดันโลหิตต่ำ
5. ประเมินการกำซาบเลือดของสมองทุก 1-4 ชั่วโมงหากลดลงจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสนซึมลง และ Mental status เปลี่ยนแปลง
6. ติดตามและประเมินจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ
7. Absolute bed rest และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อลดปริมาณการใช้ออกซิเจน
8. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา และให้ O2 canula 3 LPM ตามแผนการรักษา ติดตามผล O2 Sat ทุก 1 ชั่วโมงถ้าต่ำกว่า 94% ให้รายงานแพทย์ทันที

9. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ASA 300 mg 1 tab oral Stat, ISORDIL 1 tab SL Stat , Plavix 8 tab oral Stat

10. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ Auto CPR Defibrillator

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสื่อสารถามตอบรู้เรื่องไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ Cardiogenic shock vital sign BP 110/70 mmHg P 88 /min
2. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น
3. เจ็บหน้าอกลดลง Pain score 6 คะแนน
4. ไม่พบอาการแสดงจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีวณังและปลายมือปลายเท้า อุ่น ไม่ซีดเขียว หายใจไม่เหนื่อย นอนราบได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นหรืออุบัติเหตุระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกรับมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

O :EKG : sinus rhythm rate 77 ST elevation V1-V3 with reciprocal change Pain score 6/10 คะแนน

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรืออุบัติเหตุในระหว่างการเคลื่อนย้าย
2. การเคลื่อนย้ายถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทีมส่งต่อผู้ป่วยและพยาบาลศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลปลายทางรับทราบอาการ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และเตรียมพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หรือข้อบ่งชี้ของการขาดออกซิเจน
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต $\geq$ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 -100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที)

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการกำซาบเลือดของปอดและหัวใจลดลง โดยการสังเกตประเมินอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรแคบอย่างต่อเนื่อง
2. ติดตามคลื่นและจังหวะการเต้นของหัวใจจาก Monitor อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที และเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้ พร้อมเพื่อการช่วยเหลือทันทีตรวจวัดสัญญาณชีพ

และประเมินสภาพผู้ป่วยอีกครั้งก่อนนำผู้ป่วยออกจาก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาล ศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี

3. ประสานงานไปยังศูนย์ประสานส่งต่อ ศูนย์ Cath lab และ ICU Med ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รายงานอาการสำคัญและการรักษาเบื้องต้นให้โรงพยาบาลปลายทางที่รับผู้ป่วยรับทราบเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีพร้อมทั้งคลำและสังเกตลักษณะชีพจรส่วนปลายอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีตเขียว เตรียมออกซิเจนถังเล็กและอุปกรณ์การให้ออกซิเจนให้พร้อมที่จะย้ายผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

5. จัดพยาบาลนำส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 2 คน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลงแปลงและสามารถประสานงานให้พยาบาลศูนย์ส่งต่อทราบทันที

6. พยาบาลที่มีหน้าที่นำส่งผู้ป่วยควรดูแลความพร้อมและความเรียบร้อยเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ดังนี้

6.1 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler's position เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวปอดขยายเต็มที่หายใจได้สะดวกขึ้น ทำให้มีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

6.2 ดูแลให้ O2 canular 3 ลิตร/นาที เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอลดภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น

6.3 สังเกตและประเมินอาการเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

6.4 ติดเครื่อง AED และ EKG Monitor อย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

พยาบาลทำหน้าที่ส่งต่อและพยาบาลศูนย์ส่งต่อ รับทราบอาการและการรักษาเบื้องต้นและเตรียมรับผู้ป่วยพร้อมให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อไป ในระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น ไม่มีภาวะปลายมือ ปลายเท้าและริมฝีปากเขียว สัญญาณชีพก่อนการเคลื่อนย้ายชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/70 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยสอบถามถึงอาการอยู่ตลอดเวลา ว่ามีอาการหนักหรือไม่ทำไมต้องตรวจหลายอย่าง ผลตรวจต่าง ๆ เป็นอย่างไรบ้าง

O : ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยเข้าใจภาวะของโรค แผนการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทำที่ผ่อนคลายลง สิ้นสุดสิ้นแถมใสขึ้น
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพยาบาลและการรักษาของแพทย์ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แสดงท่าทีที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ระบายความรู้สึกเพื่อทราบถึงปัญหาและแก้ไขอย่างเหมาะสม
2. อธิบายอาการของโรค แนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลในการรักษา
3. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลาที่มีปัญหา
4. แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษาของแพทย์ให้ทราบเป็นระยะ ๆ เพื่อคลายความวิตกกังวลลง

การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจภาวะโรคของตนเองและจะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และแนวทางการรักษาของแพทย์

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี แผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 เวลา 07.33 น. ด้วยอาการ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแปล็บๆ บริเวณหน้าอกด้านซ้าย ไม่มีร้าวไปที่อื่น ไม่เหมือนมีอะไรมากดทับ ยังไม่ได้รับการรักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล โรคประจำตัว ต่อมลูกหมากโต (ไม่เคยรักษาแผนปัจจุบัน รักษาที่ โรงพยาบาลเทียนฟ้า และขาดการรักษามา 2 เดือน) ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด ต้มสุรา ประวัติ สูบบุหรี่ 20 มวน/วันปัจจุบันยังสูบบุหรี่ น้ำหนัก 58 กก.สูง 167 ซม.อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 125/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 saturation) 99% RA Pain score 8/10 พยาบาลคัดกรองส่ง ER รายงานแพทย์อายุรกรรมทราบ

แรกรับ GCS E4V5M6 อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 85/63 มิลลิเมตรปรอท MAP 70 ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 saturation) 99%RA Pain score 8/10 DTX116 mg% ทำEKG 12 lead มี sinus rhythm rate 77 ST elevation V1-V3 with Reciprocal change รายงานแพทย์อายุรกรรม ทราบ แพทย์ให้การรักษา ASA 300 mg 1 tab oral stat , ISORDIL 1 tab SL Stat, Plavix 8 tab sub stat on oxygen cannular 3 LPM SpO2 98-99 % RA on IV 0.9%NSS 1,000 ml rate KVO เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ BS(ปลายนิ้ว) = 127

mg/dL BUN = 6.8 mg/dL SODIUM (Na) = 136.0 mmol/L POTASSIUM (K) = 3.84 mmol/L CHORIDE(Cl) = 103.6 mmol/L HCO₃ (TCO₂) = 24.6 mmol/L TROPONIN - T = 0.95 ng/ml CXR no cardiomegaly no pulmonary congestion

ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ให้การรักษ Primary PCI ได้ตามแนวทาง Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือดของจังหวัดโดยส่งข้อมูลผู้ป่วย ผ่านทาง Line Refer โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อาการเจ็บหน้าอกลดลง PS 6/10 คะแนน BP 117/77 mmHg, PR 86/min., RR 20/min, SpO₂ 97% RA on oxygen cannular 3 LPM SpO₂ 98-99% RA ISORDIL1 tab SL Stat ใช้เวลาประสานงาน 28 นาที รถพยาบาลออกเวลา 09.18 น. พยาบาลส่งต่อเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ไม่พบอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะส่งต่อสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติความดันโลหิต SBP 95-102 mmHg DBP 63-70 mmHg MAP 72-75 mmHg ชีพจร 60- 68 ครั้ง/นาที

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เข้าระบบ FAST track MI มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ สังเกตภาวะแทรกซ้อนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม มีการประสานการส่งต่อ ทั้งภายในโรงพยาบาล และภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรเพิ่มพูนความรู้เรื่องพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ อาการ เกณฑ์การวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีอาการกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรวมถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เป็นต้น
3. ควรให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำ
4. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะยาวเกี่ยวกับพฤติกรรมภายหลังทราบว่าป่วยด้วยโรคหัวใจ
5. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อพบอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ และต้องแนะนำแหล่งขอความช่วยเหลือของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง. (๒๕๖๕). สถิติสาธารณสุข ๒๕๖๓-๒๕๖๕.

<https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI.

https://nbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=39fd60c25235db479930db8.

รัชนี้ ผิวผ่อง. (๒๕๖๕). เอกสารประกอบการสอนการประเมินภาวะสุขภาพ.

<http://www.blog.bru.ac.th/wp-content>

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (๒๕๕๗). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. ใน ปราณี ทุ์ไพเราะและคณะ (บ.ก.), การพยาบาลอายุรศาสตร์ ๑, (น. ๓๕-๓๙). โรงพิมพ์เอ็นพีเพรส.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. โรงพิมพ์เนคสเทปดีไซด์.

อมรรัตน์ แสงในแก้ว และพัชนี สมกำลัง. (2561). การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกล้างส่วนเอว.

<https://so03.tcithaijo.org/index.php/npuj/article/download/94759/87943>

อมรรัตน์ นระสนธิ. (2559). แนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีทางการพยาบาล.

https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00082f2019061117005285.pdf